

VRN-0776

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/1119/0757

APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 06/11/2019

NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: Dataram

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 50 SEX लिंग: M

FATHER/SUBPOUSE'S NAME: / पिता/सहपुत्र का नाम: S/O Dori Lal



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: / वर्तमान आवासीय पता: Edalpur, Bijalpur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थायी आवासीय पता: District - Hathras, U.P., 201306

Keop Postop  
(0757) Dataram

OCCUPATION: / व्यवसाय: Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: NA

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. / आई ट्याक्स संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये):  
Yes / No / हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
(1)	Ramwade	46	F	Wife
(2)	Jitendra	14	M	Son
(3)	Dharam Pal	12	M	Son
(4)	Baldeo	9	M	Son
(5)	Kishan Devi	7	F	Daughter
(6)	Rajani	4	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता को लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / मासिकी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE -> P.C.O
	LE - IMBC
	सांगुण्य (LE) S/C/S 4/201

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि
1.	SCFI	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दारा घोषणा पर:**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
  - 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the cost for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रकट होता है तो मेरी स्थापना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु या उद्देश्य की पूर्ति हेतु, उस राशि का अधिक या अधिक हिस्सा किसी अन्य प्राय:निर्वहक/व्यक्ति/कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लिया जाये।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting conditions for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
  - 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके स्वामीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् स्वामी, दान, प्राय:निर्वहक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी संश्लेषण और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रमाण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के महत्व या बदलने से पहले न होकर "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जो सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है, स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके स्वामीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*वृत्ताराम*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
  - 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, इन्चार्जरी को और वे मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य संगठन से प्राप्त की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विचारित तक के लक्ष्य से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिली अतिरिक्त/अधिकता हेतु मस्यूर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त संस्था/संगठन हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य लक्ष्य से नहीं होगा/लगेगी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी उद्देश्य के लिये वित्तीय सहायता की है, ऐसी या हस्पताल द्वारा ही गई सहायता व निर्दिष्ट गये हस्ताक्षर/प्रक्रिया का सुचारु रूप से हमारा ही है। हमें इस बात का विश्वास है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आरंभ करने की सभी जिम्मेदारियाँ हमारे ही होंगी और "कोशिका" को कोई जिम्मेदार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/11/19</p>	<p><b>Dr. PRIYA AGRAWAL</b> MCI No - 58417 Surgeon <i>[Signature]</i> (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज करने वाले डॉक्टर का निशान</p>	<p><i>[Signature]</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 आगे हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 आगे हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>